

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche und Beschwerden unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien im Interesse einer komplikationslosen Behandlung und zu Ihrem eigenen Schutz folgende Angaben, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen:

***Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen alles sorgfältig aus. Vielen Dank***

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ **Für Private Versicherungen:**  Beihilfe  Standardtarif  Basistarif

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Mitversichert bei: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift Straße: \_\_\_\_\_ Private Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Privat Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil Telefon: \_\_\_\_\_

Arbeit Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zahnarzt (Name, Ort): \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Ort): \_\_\_\_\_

Hautarzt (Name, Ort): \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns gekommen? \_\_\_\_\_

**Wir bitten um Kenntnisnahme**, dass ihre Daten (Röntgen Bilder, Befunde etc.) per E-Mail / Post / Telefon / Fax für die Mit- und Weiterbehandlung an ihre Zahnärzte / Ärzte übermittelt werden. Sollten Sie hiermit nicht einverstanden sein, können wir Sie leider nicht behandeln.

**Folgende Person darf über meinen Gesundheitszustand informiert werden:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Bei der Person handelt es sich um meine/ meinen \_\_\_\_\_

**Bitte die Rückseite beachten!**

Bestand oder besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen, wenn ja **welche?**



- Herz- und Kreislauferkrankungen:  ja  nein \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine künstliche Herzklappe:  ja  nein \_\_\_\_\_
- Besteht eine verzögerte Blutgerinnung:  
(z.B. durch Medikamente/ eine Erkrankung)  ja  nein \_\_\_\_\_
- Stoffwechselerkrankungen z.B. Diabetes:  ja  nein \_\_\_\_\_
- Lungenerkrankungen z.B. Asthma:  ja  nein \_\_\_\_\_
- Allergien-/ Unverträglichkeiten von Medikamenten:  ja  nein \_\_\_\_\_
- Infektionserkrankungen z.B. Hepatitis, HIV:  ja  nein \_\_\_\_\_
- Augenerkrankungen z.B. grüner Star:  ja  nein \_\_\_\_\_
- Leber- oder Nierenerkrankungen:  ja  nein \_\_\_\_\_
- Besteht/ bestand eine Krebserkrankung:  ja  nein \_\_\_\_\_
- Hatten Sie Operationen z.B. Kiefer, Herz etc.:  ja  nein \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen/ Hinweise: \_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein
- Sind Sie Raucher?  ja  nein
- Nehmen Sie Medikamente?  ja  nein

Wann wurde bei Ihnen die letzte Röntgenaufnahme vom Kiefer gemacht? \_\_\_\_\_

- Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, diese jederzeit widerrufen zu können.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_